



Je soussigné :

Nom :

Adresse :

Reconnais avoir reçu les résultats des analyses de biologie médicale réalisées par le laboratoire multi-site LabOuest (dossier TEST CONVENTION Preuve) par :

Transmission télématique sécurisée

Apicrypt

Hprim

Apicrypt avec PDF en pièce jointe

Hprim avec PDF en pièce jointe

MSSanté

BioServeur

SRI

Autre système (préciser) :

Fax / Télécopieur

Les résultats sont conformes à la version papier qui m'a été envoyée en parallèle (par FAX ou par mail) et cette transmission répond à mes attentes.

Pour les transmissions avec PDF en pièce jointe, je confirme la bonne réception du fichier au « format texte » **et** du PDF.

Bonne intégration du PDF dans mon logiciel MEDECIN : **Oui**

Non

Nom du logiciel :

Version :

Clause de confidentialité :

Je soussignécertifie que les résultats de biologie qui me sont transmis par fax me parviennent dans un lieu inaccessible au public garantissant ainsi leur confidentialité.

Je retourne au laboratoire (service informatique) une impression des résultats reçus dans mon système et les joins à cette convention de preuve dûment signée.

- Département 44 → informatique@labouest.fr (ou fax 02.40.83.19.75)

- Département 49 → informatique@labouest.fr (ou fax 02.41.21.56.57)

Fait à :

Le :

Signature du professionnel de santé :

Partie réservée au laboratoire

⇒ Vérification de la concordance entre les résultats retournés par le professionnel de santé et les résultats provenant du SIL (PDF archivé).

NOM – Prénom :

Le :

Signature Laboratoire :